Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
(Direktor: Professor Dr. C. J. Gauß)

Zur Klinik des Mongolismus.

(Nachbeobachtung von 13 Fällen der Universitäts-Frauenklinik Würzburg der Jahre 1927—1937.)

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung des medizinischen Doktorgrades

vorgelegt von

Albin Vogt
appr. Arzt aus Weisendorf (Oberfr.)

1938
Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: Professor Dr. C. J. Gauß

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549822_0123

A. Schrifttum.

Seitdem bei uns in Deutschland das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und das Ehegesundheitsgesetz erlassen worden ist, um nach Möglichkeit eine negative Auslese und eine Eindämmung des minderwertigen Erbgutes zu gewährleisten, schenkt man auch einer Unterart des angeborenen Schwachsinns, der mongoloiden Idiotie wieder stärkere Beachtung. Auch wir wollen in vorliegender Arbeit den Versuch machen, diesem Problem näher zu kommen, indem wir uns noch einmal die verschiedenen Entstehungstheorien für diese Erkrankung aus dem Schrifttum vor Augen führen wollen. Weiterhin suchen wir festzustellen, ob die am eigenen Krankengut gemachten Beobachtungen wichtige Aufschlüsse über Art und Vorkommen der Erkrankung geben können. Abschließend soll dann eine kritische Beurteilung unserer Untersuchungsergebnisse Platz finden. Das Krankheitsbild der mongoloiden Idiotie ist uns zwar schon seit dem Jahre 1866 bekannt, wo der englische Irrenarzt John-Langdon-Down erstmalig die Aufmerksamkeit darauf lenkte; aber eine strenge Trennung von anderen Schwachsinnszuständen des Kindesalters, insbesondere vom infantilen Myxödem, mit dem es manche Symptome gemeinsam hat, wurde nie eingehalten. Ja man hielt im allgemeinen beide Krankheitserscheinungen für ein- und dasselbe. Erst als man die Ursache für die Entstehung des infantilen Myxoedems in einer Unterfunktion der Schilddrüse fand, sah man ein, daß der Mongolismus ein in sich abgeschlossenes Krankheitsbild darstellt. Die Substitutionstherapie mit Thyreoidin bringt bei myxödematösen Kindern fast völligen Rückgang der körperlichen Krankheitssymptome und geistigen Ausfallserscheinungen, beim Mongolismus dagegen bleibt ein sichtbarer Erfolg aus und es werden nur einige Nebensymptome wie Hauterkrankungen, Augenentzündungen und Nabelbruch gebessert. Trotz jahrzehntelanger Forschung liegt die Entstehungsursache dieser eigenartigen Erkrankung für uns noch sehr im Dunkeln. Viele Wissenschaftler haben sich seit der Jahrhundertwende um die Ätiologie des Mongolismus bemüht, aber zu einem

eindeutigen Forschungsergebnis ist man bis heute noch nicht gekommen. Th. Shmith, Sutherland, Shuttleworth in England, Bourneville in Frankreich, Kassowitz in Österreich, Neumann, Vogt, Siegert, Weygand in Deutschland, Hyort in Dänemark und van der Scheer in Holland haben sich große Verdienste darum erworben. Eine Fülle theoretischer Erklärungsversuche über die Entstehung der an und für sich seltenen Erkrankung ist dabei erschienen. In erster Linie hat man Krankheitserscheinungen bei den Eltern der betroffenen Kinder wie Tuberkulose, Alkoholismus, Neuropathie, geistige und körperliche Ermüdungserscheinungen bei der Mutter dafür verantwortlich gemacht. Weiterhin glaubte man an eine Schädigung des Keimplasmas durch Anwendung antikonzeptioneller Mittel und an Wachstumshemmungen im Uterus. Der Lues, schreibt Weygand ätiologische Bedeutung zu und Vaglio berichtet von 5 Fällen von Mongolismus, die luesverdächtig waren. Er betont dabei die Wichtigkeit der Wassermann'schen Reaktion bei Mutter und Kind. Am bekanntesten ist aber die Erschöpfungstheorie des Engländers Shuttleworth, der man auch heute noch große Beachtung schenkt. Shuttleworth hat durch eigene Beobachtung an einem großen Krankenmaterial und aus der Statistik herausgefunden, daß mongoloide Kinder in der Hauptsache von bejahrten Müttern abstammen und daß es vor allem die Letztgeborenen kinderreicher, oder die Erstgeborenen alter Eltern sind. Bei einer Bearbeitung von 350 Fällen fand er bei 277 mit genauen Angaben, daß in den Familien mit 6 Kindern durchschnittlich 167mal = 60% ein letztes, 39mal = 14% ein erstes und 71mal = 25,6% ein mittleres Kind mongoloid war. Von 138 Müttern waren 52 oder 38% über 40 Jahre, 72 = 51% über 30—40 Jahre und nur 16 = 11% weniger als 30 Jahre alt bei der Geburt des Mongoloiden.

Blutsverwandtschaft und Heredität als ursächliche Momente werden von den meisten Forschern abgelehnt mit der Begründung, daß Familiarität bei Mongolismus außerordentlich selten vorkomme. Bei 350 Mongoloiden konnte Shuttleworth nicht in einem Falle Heredität nachweisen. In einer späteren Arbeit jedoch berichtet derselbe Autor von mehrfachem Auftreten in mehreren Familien. Nebenbei spielen die Mongoloiden bei der Fortpflanzung keine Rolle, da die Mortalität bei ihnen schon in frühester Kindheit sehr groß

ist und nur wenige das geschlechtsreife Alter erreichen. Die Genitalien sind bei ihnen oft mangelhaft ausgebildet und nach allgemeiner Erfahrung sind die älteren Mongoloiden sexuell gleichgültig. Bevorzugt von der Erkrankung wird kein Geschlecht. Bei einem Autor überwiegen die Mädchen, beim andern die Knaben. Auch an Rasse und geographischer Lage scheint der Mongolismus nicht gebunden zu sein; denn van der Scheer hebt hervor, daß dieser sich auch bei Negern, Juden und allen anderen Völkern vorfinde. Erwähnenswert sei, daß in den betreffenden Familien auffallend viel Fehlgeburten und Mißbildungen (Anencephalie, Hydrocephalie, Spina bifida, Klumpfuß, Polydaktylie und kongenitale Herzfehler) vorkommen. Es wird daraus der Schluß gezogen, daß ein entwicklungshemmender Faktor, der einmal Abort, ein anderes Mal Mißbildung verursache, im Organismus der Mutter zu suchen sei, während dem Vater eine Bedeutung für die Entstehung des Mongolismus nicht zuzuschreiben sei. Exogene Ursachen seien sicher auszuschließen. Diese Theorie van der Scheers findet auch ihre Stütze in der Zwillingspathologie. H. Orel berichtet von 18 ungleichgeschlechtlichen Zwillingspaaren und 29 gleichgeschlechtlichen Zwillingspaaren, bei denen sich Mongolismus fand. Von den ungleichgeschlechtlichen Zwillingen war in keinem der 18 Fälle mehr als ein Kind mongoloid. Von den 29 Fällen gleichgeschlechtlicher Paare müssen jene zweieig sein, bei denen nur ein Kind erkrankt war. Durch Eihautdiagnose war in vielen dieser Fälle die Zweieiigkeit festgestellt worden. Die restlichen 7 gleichgeschlechtlichen Zwillingspaare müssen eineiig gewesen sein, da in diesen 7 Fällen beide Kinder mongoloid waren und sich völlig glichen. Verfasser erblickt daher die Ursache für die Entstehung des Mongolismus nicht in intrauterin entstandenen bezw. erworbenen Schäden, denn sonst müßten beide Kinder befallen sein. Er ist der Ansicht, daß der Mongolismus bereits in der befruchteten Eizelle veranlagt sein müsse.

Auch pathologisch-anatomisch konnte das Problem des Mongolismus nicht gelöst werden. Man fand bisher bei der Obduktion solcher Kinder lediglich geringe Veränderungen am Gehirn. (Untergewichtigkeit, vereinfachten Hirnwindungstypus, abgeflachte Sulci) und Anzeichen pluriglandulärer Insuffizienz (status thymo-lympha-

ticus, genitale Hypoplasie, mangelhaft ausgebildete Hypophyse und Thyreoidea).

Seit Einführung der Strahlentherapie in die Gynäkologie liegen auch einige Berichte über Auftreten von Mongolismus bei solchen Müttern vor, die wegen einer gynäkologischen Erkrankung mit Röntgen- oder Radiumstrahlen behandelt worden waren. Man erwähnt dabei die Möglichkeit entweder einer direkten Strahlenschädigung in utero oder des Keimplasmas im Ovar der Mutter. (Gummert, Wintz, Zappert, Seynsche, Heim). Eine hinreichende Begründung ließ sich bis heute auch hiefür nicht finden. Jedenfalls ist die Zahl der hierüber veröffentlichten Beobachtungen so gering, daß die Frage der Keimschädigung durch Röntgenstrahlen und rarioaktive Substanzen bei der Ätiologie des Mongolismus praktisch keine Rolle spielt.

Über die Häufigkeit dieser eng umschlossenen Krankheitsgruppe fehlen uns bisher genaue Angaben (etwa 3—4% aller Idioten). Die hierüber aufgestellten Statistiken beschränken sich größtenteils auf ein kleines Anstaltsmaterial und da die mongoloiden Kinder größtenteils schon bald an interkurrenten Erkrankungen sterben, werden sie vielfach nicht als solche erkannt. Seit man aber diesem eigenartigen Krankheitsbild wieder stärkere Beachtung schenkt, findet man, daß dieses viel häufiger auftritt als allgemein angenommen wird. Ja es scheint als ob Mongolismus jetzt im größeren Maße vorkomme als in früheren Jahren.

B. Eigene Untersuchungen.

Es erschien uns daher wichtig, die an der Würzburger Universitätsfrauenklinik geborenen mongoloiden Kinder zahlenmäßig zu erfassen und ihr weiteres Schicksal zu verfolgen. Als Unterlage dienten uns die Aufzeichnungen in den geburtshilflichen Krankenblättern der Jahre 1927 bis 1937, die im Auszug angeführt werden sollen. Es war uns sodann möglich, einen Teil dieser Kinder nachzuuntersuchen. Die dabei von uns erhobenen Befunde wurden auch bei den Untersuchungen in der Universitätskinderklinik in jedem Falle bestätigt. Die in der Literatur angeführten Symptome bei mongoloider Idiotie waren bei den von uns untersuchten Fällen bald mehr bald weniger stark ausgeprägt. Durch Befragen der Mutter oder der Angehörigen konnten wir wichtige Aufschlüsse über die Weiterentwicklung des Kindes nach der Geburt erhalten. Übereinstimmend gaben die Mütter an, daß diese schlecht gewesen sei. Die Nahrungsaufnahme sei von Anfang an mangelhaft gewesen und das Gewicht sei nur sehr langsam angestiegen. Aufgefallen sei ihnen, daß das Kind sich sehr spät aufgerichtet und Gehversuche gemacht habe. Das Sprachvermögen sei sehr spät aufgetreten und mangelhaft ausgeprägt, ebenso sei die Entwicklung des Gebisses nur langsam vor sich gegangen. In der Vorgeschichte wurde auch oft angegeben, daß das Kind viel an Erkältungskrankheiten und Stuhlverstopfung leide. Die geistige Regsamkeit sei an und für sich gering, doch sei der Spielbetrieb gut ausgebildet und das Kind äußere Freude an Musik (Taktschlagen).

Von uns wurde bei der Nachuntersuchung auf folgende Symptome geachtet:

1. Allgemeiner Körperbau: Zartes Skelett, schlaffes Fettpolster, schlaffe Muskulatur; glänzendes Aussehen oder rauhe Beschaffenheit der Haut, schlaffes Unterhautfettgewebe.
2. Kopf: Struppiges Kopfhaar, Hyperbrachycephalie, verzögerte Ossifikation, verspäteter Schluß der Fontanellen, abgeflachte Stirn, stupider Gesichtsausdruck, Hängebacken mit umschriebener Rötung (Clowngesicht); Sattelnase (flacher, eingesunkener Nasenrücken, große Nasenlöcher); schniefende Atmung. Anomalien der Ohrmuscheln (Plumpheit, Umgekrämpeltsein des

Ohrmuschelrandes). Enge und schlitzförmige Lidspalten, schräg nach außen und oben verlaufende Lidachsen, Falte am inneren Augenwinkel (Epikanthus), Strabismus, Iriscolobom; große und dauernd vorgestreckte rauhe Zunge. Vorspringende Unterkieferwinkel.

3. Hals: Hypotonie der Halsmuskulatur, abhebbare Nackenspeckfalte (vielfach an der Universtätsfrauenklinik Würzburg beobachtet); Opisthotonus (Wackelkopf).
4. Thorax: Krankheiten der Lunge, kongenitale Herzfehler.
5. Leib: Aufgetriebener Bauch mit schlaffer Muskulatur (Rectusdiastase, Nabelbruch).
6. Genitalien: Mangelhafte Entwicklung (verspäteter oder noch nicht eingetretener Descensus der Hoden).
7. Extremitäten: Schwache Knochenentwicklung, Überstreckbarkeit der Gelenke, Kurzfingrigkeit, (besonders an Daumen und Kleinfinger), dicke Hände (Pratzenhand), Mißbildungen (Polydaktylie, Klumpfuß.
8. Geistige Regsamkeit, mittelschwere bis schwere Inbezillität, schlechtes Sprachvermögen, gesteigerte Agilität, heitere Gemütslage, Imitieren, Grimassieren, Echomimie, Echopraxie und Echolalie). Gut ausgeprägter Spieltrieb.

Kasuistik.

Wir konnten in den Jahren 1927 bis 1937 13 Fälle von mongoloider Idiotie sammeln. Über das Schicksal der betroffenen Kinder sei nun im folgenden Bericht erstattet und die bei der Nachuntersuchung erhobenen Befunde mitgeteilt. Die Reihenfolge richtet sich nach den Geburtsdaten der Kinder.

Fall 1. 1929 (Geb.B. Nr. 47 Pr.).

Gl. Maria, 28jährige I-para.

Anamnese: Vater mit 58 Jahren an Herzwassersucht gestorben, Mutter mit 58 Jahren ebenfalls an Herzwassersucht †. 4 gesunde Geschwister. Ehemann gesund. Keine Lungen- und Erbkrankheiten in der Familie. Mit 6 Jahren Lungenentzündung, sonst nie krank gewesen. Erste Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig, schmerz-

haft, starker Blutverlust. Jetzige Schwangerschaft: Erbrechen vom 6. — 8. Monat. Allgemeinbefund: o. B. Herz und Lunge o. B. Ödeme an beiden Unterschenkeln. Urin o. B. MTR —.

Geburtshilflicher Befund: Normales Becken, linke HHL, Partus am 30. V. 29 spontan. Kind weibl., 2850 g schwer, 48/50 cm lang. Mongoloides Aussehen.

Nachuntersuchung am 9. X. 1937.

Vorgeschichte: Kind wurde nur 8 Tage gestillt, da nicht genügend Milch kam. Es nahm im Anfang wenig an Gewicht zu, hat sich mit ¾ Jahren erstmalig im Bett aufgerichtet, mit 1½ Jahren zu sprechen angefangen und laufen gelernt. Mit 6 Jahren erkrankte es an Lungenentzündung und leidet viel an Katarrh. Es ist meist heiteren Gemüts, lebhaft und dabei albern. Gerne spielt es mit anderen Kindern, hat Freude an Musik. Mit 7 Jahren ist es zur Schule gekommen, ist aber im ersten Schuljahr sitzen geblieben. Spricht schlecht, kann bis 10 zählen.

Befund: Allgemeiner Ernährungszustand gut. Stupider Gesichtsausdruck, rauhe, trockene Haut, sprödes Haar, Kopf brachycephal, gewölbte Stirn, Sattelnase, leichte Rötung der Wangen, Schlitzaugen, schräge Lidachsen. Epikanthus. Starke Blepharoconjunctivitis, sehr dicke, rauhe, vorstehende Zunge. Herz und Lunge o. B. Extremitäten: plumpe Knochen, Gelenke leicht überstreckbar. Schlaffe Muskulatur, kurze Finger (Pratzenhand). X-Beine. Lendenlordose. Psychisches Verhalten: Primitive Begriffe (Essen und Trinken, 4 Jahreszeiten). Kann einiges schreiben.

Fall 2. 1933 (Geb.B. Nr. 83).

Gr. Amalie, 41jährige III-para.

Anamnese: Vater an Halskrebs gestorben, Mutter gesund. 2 gesunde Geschwister. Ehemann gesund. Keine Lungen- und Nervenkrankheiten in der Familie. Als Kind hatte Patientin Masern, Keuchhusten und Diphtherie. Mit 27 Jahren Kropfoperation. I. Menstruation mit 17 Jahren, regelmäßig, mit Schmerzen. 1928 und 1929 Spontangeburt.

Allgemeinbefund: o. B. Varizen an beiden Beinen. Herz und Lunge o. B. Nervenstatus o. B. Urin o. B. MTR —.

Geburtshilflicher Befund: Rechte Steißlage, normales Becken. Par-

tus am 16. II. 1933 mit Steißlagenhilfe. Kind weiblich, 2400 g, 49/50 lang, reif. Auffallend schwach. Verdacht auf Mongolismus.

Nachuntersuchung am 8. X. 1937:

Vorgeschichte: Kind wurde nicht gestillt, die Milch mußte abgepumpt werden, trotzdem anfangs gute Gewichtszunahme. Nahrungsaufnahme später gut. Erst nach 2 Jahren konnte sich das Kind erstmalig selbständig aufrichten, auch hat es da die ersten Zähne bekommen. Es ist immer anfällig für Erkältungskrankheiten gewesen und leidet viel an Obstipation. Kann noch nicht sprechen, stößt unverständliche Laute aus, läßt heute noch Stuhl und Urin ins Bett. Bett. Auffallend guter Spieltrieb, Freude an Musik.

Befund: 4½jähriges Kind von ausgesprochen stupidem Aussehen. Kann weder sitzen noch stehen. Schlaffes Unterhautfettgewebe, Kopf brachycephal, Kopfhaar glatt, breiter Nasenrücken (nicht eingesunken), schnieft bei der Atmung. Gerötete Wangen, enge, schlitzförmige Lidspalten, die schräg verlaufen. Mund wird meist offen gehalten und die große, derbe Zunge vorgestreckt. Opisthotonus. Vorspringende Unterkieferwinkel. Am Herzen findet sich ein lautes, schabendes, systolisches Geräusch über allen Ostien. Keine Verbreiterung. Lunge o. B. Leib aufgetrieben. Nabelbruch und Rectusdiastase.

Extremitäten: ausgesprochene Hypotonie der Muskulatur. Geistige Regsamkeit: Kind ist sehr unruhig, schreit viel, stößt unartikulierte Laute aus.

Fall 3. 1933 (Geb.B. Nr. 254).

J. Frieda, 42jährige I-para.

Anamnese: Vater mit 61 Jahren an Herzleiden, Mutter mit 53 Jahren ebenfalls an Herzleiden gestorben. 5 gesunde Geschwister. Ehemann herzleidend, einmal Zwillinge unter den Geschwistern. Keine Lungen- und Erbkrankheiten in der Familie. Als Kind hatte Patientin Masern und Scharlach, 1918 Grippe. Einmal Nervenzusammenbruch. Erste Menstruation mit 17 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden.

Allgemeinbefund: o. B. Herz und Lungen: o. B., Nervenstatus o. B. Urin: o. B. MTR —.

Geburtshilflicher Befund normales Becken, LHL. Partus am 11. V.

1933 Primäre Wehenschwäche, frühzeitiger Blasensprung, Episiotomie, Kristeller. Kind weiblich, reif, 3680 g, 51/50 lg. Typisch mongoloid. 40 Min. post partum exitus letalis (Asphyxie).

Fall 4. 1934 (Geb.B. Nr. 426).

K. Kätchen. 8-para, X-gravida.

Anamnese: Vater an Lungentuberkulose, Mutter an Altersschwäche gestorben. 2 gesunde Geschwister, Ehemann gesund, keine Nervenkrankheiten in der Familie.

Kinderkrankheiten: Masern und Scharlach. Sonst ist Patientin nie ernstlich krank gewesen. Erste Menstruation mit 13 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. 1921 Abort im 1. bis 2. Monat. 1922 Zangengeburt. 1924, 1927 Spontangeburt. 1928 Gemini, weibl. u. männl. Weibl. Kind nach 4 Monaten gestorben. 1930 Zangengeburt. 1932 Zangengeburt. 1928 Abort im 1. bis 2. Monat.

Allgemeinbefund: o. B. Herz und Lungen o. B., Nervenstatus o. B. Urin o. B. MTR —.

Geburtshilflicher Befund:

Becken: 22,0—24,5—29,6—17,5.

Frühzeitiger Blasensprung, Kopfschwartenzange. Kind weiblich, 2950 g, 47/49 lg., unreif, zyanotisch. Mongolismus. 1 Tag post partum exitus letalis.

Obduktion: Bronchopneumonie.

Fall 5. 1935 (Geb.B. Nr. 631).

J. Anna. 38jährige 6-para, VI-gravida.

Anamnese: Vater, Mutter und Ehemann gesund, 4 gesunde Geschwister. Kinderkrankheiten: Masern. Keine Lungen- und Erbkrankheiten in der Familie, 1922 Mastitis, sonst nie krank gewesen. Erste Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. 1921, 1922, 1927, 1928, 1932 Spontangeburten. Jetzige Schwangerschaft ohne Beschwerden.

Allgemeinbefund: o. B. Nervenstatus o. B. Urin: o. B. MTR —.

Geburtshilflicher Befund: Normales Becken, LHL. Partus am 4. 8. 1935 spontan, Kind weibl., 2750 g, 49/50 lg., reif, mongoloid. Typischer Gesichtsausdruck, Hypotonie der Muskulatur, Schlitzaugen, Epikanthus. Hat zu Hause schlecht an Gewicht zugenommen und starb am 11. 5. 1936 an Lungenentzündung mit Krämpfen.

Fall 6. 1936 (Geb.B. Nr. 30 Pr.):

N. Elly, 39jährige I-para, I-gravida.

Anamnese Vater an Ileus gestorben, Mutter gesund, Ehemann gesund, keine Lungen- und Erbkrankheiten in der Familie. Kinderkrankheiten: Masern, Scharlach, Keuchhusten, später Rheumatismus. 1924 Scharlach. Erste Menstruation mit 18 Jahren, regelmäßig, mit Schmerzen. In der jetzigen Schwangerschaft (VI. Monat) Magenbeschwerden, deshalb 1mal Magendurchleuchtung.

Allgemeinbefund: o. B.; Herz und Lungen o. B.; Nervenstatus o. B.; Urin: o. B. MTR —.

Geburtshilflicher Befund: Normales Becken, linke Schädellage. Partus 23. III. 1936. Vorzeitiger Blasensprung. LHL., Kind 3770 g, 35 cm lg., reif. Verdacht auf mongoloide Idiotie. Typisches Aussehen, kleine, schlitzförmige Augen, Epikanthus, kleine etwas verunstaltete Ohren mit angewachsenen Ohrläppchen, kleiner Mund mit fast ständig vorgestreckter Zunge. Eigenartige Form des Gesichtsschädels, allgemeine Hypotonie der Muskulatur. Exitus letalis ¾ Jahr p. p. an Bronchopneumonie.

Fall 7. 1936 (Geb.B. Nr. 592).

R. Babette, 32jährige I-para.

Anamnese: Vater, Mutter, Geschwister und Ehemann gesund, keine Lungen- und Erbkrankheiten in der Familie. Kinderkrankheiten: Masern und Diphtherie, sonst nie krank gewesen. Erste Menstruation mit 16 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden.

Allgemeinbefund: o. B.; Herz und Lungen: o. B.; Nervenstatus: o. B.; Urin: leichte Albuminurie, MTR —.

Geburtshilflicher Befund Normales Becken. Vorzeitiger Blasensprung, primäre Wehenschwäche. Linke Schädellage. Partus am 9. VII. 1936 spontan. L. H.H.-Lage.

Kind männl., 3020 g, 47/48 lg., reif, mongoloides Aussehen.

Patientin stillte das Kind einige Tage selbst in der Klinik, gab es aber dann in Pflege in ein Säuglingsheim, weil es schlecht trank. Dort gedieh es aber schlecht wegen Nahrungsverweigerung. Es starb nach 9 Wochen an Bronchopneumonie.

Klinische Diagnose: Typische mongoloide Idiotie.

Obduktionsbefund: (14. 9. 36) Schmaler Schädel mit Epikanthus

und Schlitzaugen. Mangelhaftes, kaum ausgeprägtes Fettpolster. Stark aufgetriebener Leib. Unvollständiger Descensus der Hoden. Schilddrüse und Thymus o. B. Lunge atelektatisch, mit bronchopneumonischen Herden. Herz o. B. Gehirn: weite Ventrikel, sonst o. B.

Fall 8 (1936): (Geb.B. Nr. 69 Pr.).

R. Berta, 37jährige IV-para, IV-Gravida.

Anamnese: Vater mit 70 J. an Altersschwäche, Mutter mit 37 J. gestorben. Unbekannte Todesursache. 3 gesunde Geschwister. Ehemann gesund. Keine Lungen- und Erbkrankheiten.

Kinderkrankheiten: Rachitis, Masern, Scharlach. Sonst nie erkrankt. 1. Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. 1927, 1928, 1931 Spontangeburten. Kinder leben und sind gesund.

Allgemeinbefund: o. B. Körperlicher Befund: o. B.; Nervenstatus normal.

Geburtshilflicher Befund: Linke Schädellage. Normales Becken.

Partus: 9. IX. 1936: LHH. Forceps.

Kind männl., 3200 g, 49/50 cm lg., reif. Verdacht auf Mongolismus.

Nachuntersuchung am 23. 9. 37 Typisch mongoloides Aussehen, Kopf brachycephal, Schlitzaugen, Epikanthus, schräge Lidspalten, Iriscolobom, linksseitiger Strabismus. Sattelnase, schniefende Atmung, große Zunge, Zähne fehlen.

Allgemeine Hypotonie der Muskulatur. Opisthotonus. Kind richtet sich aus dem Liegen nicht auf, nimmt schlecht Nahrung zu sich. Aufgetriebener Bauch.

Fall 9. 1936 (Geb.B. Nr. 89 Pr.).

B. Elisabeth, 27jährige I-para.

Anamnese: Vater an Nierenleiden gestorben, Mutter gesund, 5 Geschwister und Ehemann gesund. Keine Lungen- und Erbkrankheiten. Mit 7 Jahren Lungenentzündung, später Angina, sonst nicht ernstlich krank gewesen. 1. Menstruation mit 12 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden.

Allgemeinbefund: o. B. Körperlicher Befund: o. B. Normaler Nervenstatus.

Geburtshilflicher Befund: Linke Schädellage, normales Becken. Partus am 1. XI. 36 spontan. LHH.

Kind weibl., 2900 g, 44/48 cm lgl., reif. Mongoloides Aussehen.

Nachuntersuchung 1. X. 37 Kind wurde ¼ Jahr lang gestillt, nahm schlecht an Gewicht zu. Leidet viel an Durchfall und Katarrh. In der letzten Zeit Verstopfung. Kann im Bett sitzen, aber nicht stehen. Ist sehr lebhaft und spielt gerne.

Befund: Pastöser Habitus, schlaffes Fettpolster. Kopf brachycephal. Fontanellen wenig klaffend, abgeflachte Stirn, typisch mongoloider Gesichtsausdruck. Gerötete Wangen. Sattelnase, schniefende Atmung. Strabismus beiderseits. Schlitzaugen, Epikanthus, schräge Lidspalten. Große dauernd vorgestreckte Zunge. Zahnlosigkeit. Herz: o. B. Über beiden Lungen bronchitische Geräusche. Leib aufgetrieben. Allgemeine Schlaffheit der Muskulatur, Opisthotonus, kurze Finger, Pratzenhand.

Fall 10. 1937 (Geb.B. Nr. 1 Pr.).

E. Fanny. 36jährige II-para, IV-Gravida.

Anamnese: Vater an Nierenleiden gestorben. Mutter gesund. 2 gesunde Geschwister (Zwillinge). Kinderkrankheiten: Masern, Scharlach, Keuchhusten. Mit 23 Jahren Scharlach. 1. Menstruation mit 11 Jahren, unregelmäßig bis zum 20. Lebensjahr, starker Blutverlust mit Schmerzen. 1928 Spontangeburt. Kind lebt. 1934 Abort im 3. Monat. 1935 Abort im 5. Monat (Foetus maceratus III_0).

Allgemeinbefund: Adipositas. Herz und Lunge: o. B. Nervenstatus o. B.

Geburtshilflicher Befund: Linke Schädellage, normales Becken. Partus: 14. I. 1937 LHH.

Kind männls., 3110 g, 50/50,5 cm lg., reif.

Verdacht auf Mongolismus. Schlitzaugen, große Zunge, pastöse Hautbeschaffenheit, breite eingezogene Nasenwurzel, Hypotonie der Muskulatur, besonders im Nacken. Nachuntersucht am 29. 9. 1937. Kind zeigte anfangs schlechte Gewichtszunahme, da es nur wenig Nahrung zu sich nahm. Leidet zur Zeit viel an Verstopfung.

Kann im Bett sitzen, versucht aber immer auf dem Rücken zu liegen. Ist sehr anfällig für Erkältungskrankheiten.

Befund: Typisch mongoloider Gesichtsausdruck, schlaffes Fettpolster, Brachycephalie. Fontanellen nicht ganz geschlossen. Abgeflachte Stirn. Struppiges Kopfhaar, Sattelnase, schniefende Atmung, Schlitzaugen, schräge Lidspalten, Epikanthus, vorstehende große Zunge. Herz und Lunge o. B. Bauch aufgetrieben. — Heitere Gemütslage.

Fall 11. 1937 (Geb.B. Nr. 449).

Pf. Babette, 42jährige VI-para, VII-gravida.

Anamnese: Vater mit 68 Jahren an Grippe gestorben, Mutter mit 62 †, Todesursache unbekannt. 2 gesunde Geschwister, gesunder Ehemann, keine Lungen- und Erbkrankheiten. Kinderkrankheiten: Masern. 1933 Drüsenvereiterung. 1. Menstruation mit 16 Jahren. Regelmäßig. 1921 Spontangeburt. 1922 Abort im 2. bis 3. Monat. 1923, 1924, 1926, 1928 Spontangeburt. Kinder leben, sind gesund. Jetzige Schwangerschaft: Erbrechen und Schwindel. Körperlicher Befund: Ödeme an beiden Beinen, sonst o. B. Nervenstatus o. B. MTR —. Im Urin Albumen in Spuren.

Geburtshilflicher Befund: Rechte Schädellage. Normales Becken, Partus 10. V. 37 RHHL.

Kind weibl., 350 g, 50/51, reif. Typisch mongoloides Aussehen. Epikanthus, Schlitzaugen, Sattelnase. Speckfalte im Nacken. Hängebacken. Apathie. Große sichtbare Zunge, Muskulatur schlaff, besonders an Hals und Armen. Hat bei der Entlassung nicht an Gewicht zugenommen, streckt die Zunge heraus und wird beim Schreien sofort zyanotisch. Exitus letalis 6 Wochen p. p. zu Hause an Pneumonie und Herzschwäche.

Fall 12. 1937 (Geb.B. Nr. 638):

B. Barbara, 41jährige XII-para, XIV-gravida.

Anamnese: Vater und Mutter gesund, keine Geschwister, Ehemann lungenkrank, keine Nervenkrankheiten. Patientin ist niemals krank gewesen. 1. Menstruation mit 15 Jahren, regelmäßig, ohne Beschwerden. 1918, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926

Spontangeburten, davon 2 Kinder gestorben. 1927 Abort Mens. III, 1929 Spontangeburt, 1930 Steißgeburt, 1931 Abort Mens. IV.

Allgemeinbefund: o. B.; Herz: leichte Tachykardie; Lunge: o. B.; Nervenstatus: o. B.; Urin: o. B., MTR —.

Geburtshilflicher Befund: Rechte Schädellage. Partus am 15. 7. 37: Vorfall des linken Fußes nach Blasensprung, Extraktion. Knapp reifes Kind. Weibl., 2380 g, 49 cm lg. Erweckt den Verdacht auf Mongolismus, schlaffe Muskulatur, schiefstehende Augen, Speckfalte im Nacken, Sattelnase. Läßt die Zunge viel heraushängen, trinkt schlecht.

Nachuntersuchung am 25. IX. 37: Hat bisher nur wenig an Gewicht zugenommen; blasses Aussehen, Schlitzaugen, Brachycephalie, Sattelnase, schniefende Atmung. Große Zunge. Schlaffe Muskulatur, mangelhaftes Fettpolster. Innere Organe o. B., Strabismus, Speckfalte im Nacken.

Fall 13. 1937 (Geb.B. Nr. 761).

S. Maria, 36jährige IV-para, V-gravida.

Anamnese: Vater mit 65 Jahren, Mutter mit 63 J. gestorben, Todesursache unbekannt. 8 gesunde Geschwister. In der Familie des Vaters Gemini, keine Lungen- und Erbkrankheiten. Kinderkrankheiten: Masern. 1932 Thrombose im lk. Bein (Wochenbett), sonst nie krank gewesen. 1. Menstruation mit 14 Jahren, regelmäßig, schmerzhaft. 1923 Steißgeburt. Kind intra partum abgestorben. 1932 Zangengeburt, 1935 Steißlage, beide Kinder gesund. 1930 Abort im II. Monat.

Allgemeinbefund: o. B. Herz und Lunge: o. B. Nervenstatus: o. B. Albumen in Spuren. MTR —.

Geburtshilflicher Befund Linke Schädellage. Enges Becken II_0. Partus 2. IX. 37 spontan in der Glückshaube. Vera 8,6 cm. Kind weibl. 3000 g, 50/50 cm lg., reif. Mongoloides Aussehen. Epikanthus. Abhebbare Nackenspeckfalte. Hängebacken. Brachycephalie, Sattelnase, Bewegungsarmut, schlaffe Muskulatur an den Gliedern. Liegt faul da, schlechter Hautturgor. Lebt noch.

Kritische Besprechung.

1. Häufigkeit.

Wie bereits erwähnt und wie auch aus dem Schrifttum hervorgeht, scheint die Häufigkeit des Mongolismus in letzter Zeit zuzunehmen. Dies ergibt sich auch aus unserem verhältnismäßig kleinen Krankengut.

Tab. I.

Jahrgang	Häufigkeit des Mongolismus. Geburtenzahl	Mongoloide Kinder	in %
1927	666	0	—
1928	744	0	—
1929	784	1	0,12
1930	785	0	—
1931	739	0	—
1932	737	0	—
1933	695	2	0,28
1934	792	1	0,12
1935	1015	1	0,09
1936	1061	4	0,38
1937	1070	4	0,37
		13	

Gesamthäufigkeit: 0,15%

Während wir in den Jahren 1927 und 1928 keinen und im Jahre 1929 nur 1 Fall auf 784 Geburten beobachten konnten, d. s. 0,12%, stieg die Häufigkeit seit 1933 auf 0,38%.

Erklärung: Es mag dies z. T. auch darauf zurückzuführen sein, daß dieses Krankheitsbild wieder mehr an Bedeutung gewonnen hat und daß nicht mehr soviel mongoloide Kinder der Diagnosestellung entgehen.

2. Prognose.

Wie groß die Lebensaussichten mongoloider Kinder nach unseren Feststellungen sind, soll in folgender Tabelle veranschaulicht werden.

Tab. II.

Lebensaussichten mongoloider Kinder.

	bis 1 Jahr	über 1 Jahr	insgesamt
tot	6	0	6
lebend	4	3	7
insgesamt	10	3	13

Auch wir können dabei feststellen, daß ein großer Teil (über die Hälfte) dieser Kinder in frühester Jugend stirbt. 6 unserer Kinder waren schon nach 1 Jahr nicht mehr am Leben, 3 konnten in dieser Zeit noch lebend angetroffen werden und 4 sind über das 1. Lebensjahr hinausgekommen. Das älteste Kind zählt jetzt 8½ Jahre. Die noch lebenden Mongoloiden leiden vielfach an Erkältungskrankheiten, die auch bei den verstorbenen Kindern die Todesursache bildeten. In einem Fall fand sich ein kongenitaler Herzfehler. Daß in der Hauptsache mongoloide Kinder von alten Müttern geboren werden, beweisen auch unsere Beobachtungen in folgender Zusammenstellung.

3. Alter der Mutter.

Alter	Zahl	Erstgebärende	Mehrgebärende
27—30 J.	2	2	—
31—35 J.	1	1	—
36—40 J.	5	1	4
41—45 J.	5	1	4
zusammen	13	5	8

Auffallend ist hier die hohe Beteiligung alter Erstgebärender.

Sehr oft wird im Schrifttum davon gesprochen, daß mongoloide

Kinder häufig zu den Letztgeborenen gehören, oft das Endglied einer langen Kinderreihe darstellen, und daß zwischen der Geburt des letzten Kindes und der Geburt des Mongoloiden oft eine ungewöhnlich lange Zeitspanne liegt. Dies geht auch sehr deutlich aus unserer Aufstellung hervor.

4. Fruchtbarkeit der Mutter.

Tab. IV.

Alter und Ieburten der Mütter mongoloider Kinder.

Nr.	Alter	Vorausgegangene Schwangerschaften	Zeitl. Abstand von der letzten Geburt
1	45	10 (davon 2 Aborte)	2 Jahre
2	42	6 („ 1 Abort)	9 „
3	41	12 („ 2 Aborte)	7 „
4	41	2	4 „
5	38	5	3 „
6	37	3	5 „
7	36	3 (2 Aborte)	9 „
8	36	4 (1 Abort)	2 „
9	42	I. Gravida	I-Para
10	39	I. „	I-Para
11	32	I. „	I-Para
12	32	I. „	I-Para
13	28	I. „	I-Para

In einem Falle wurde nach 9 Jahren von einer 42jährigen Frau ein mongoloides Kind als letztes nach einer 6maligen Schwangerschaft geboren. In einem anderen Fall kam nach 7 Jahren nach einer Reihe von 12 Schwangerschaften bei einer 41jährigen Frau ein mongoloides Kind zur Welt. In den übrigen Fällen finden wir weniger Schwangerschaften und kleinere Zeitabstände. Die Beobachtungen van der Scheers, daß viele Fehlgeburten bei solchen Müttern eintreten, finden auch wir bestätigt; denn bei 5 Frauen endeten eine oder mehrere Schwangerschaften mit Abort.

Bei unseren Kindern überwiegt das weibliche Geschlecht: 10 Mädchen, 3 Knaben.

Störungen der zugehörigen Schwangerschaft fanden sich in 4 Fällen. Bei 2 bestand über die letzte Zeit der Gravidität ausgedehnte Hyperemesis gravidarum.

Bei einer Mutter wurde im 6. Monat der Schwangerschaft eine Magendurchleuchtung durchgeführt. Daß es hierbei zu einer Fruchtschädigung durch Röntgenstrahlen gekommen sein könnte, ist wohl kaum anzunehmen. Die Frage der Frucht- und Keimschädigung durch Röntgenstrahlen spielt also für unser Material keine Rolle.

Schluß.

Im allgemeinen kann gesagt werden, daß die Ätiologie des Mongolismus auch heute noch sehr im unklaren liegt. Auch die an unserem zahlenmäßig sehr kleinen Krankengut gemachten Beobachtungen geben uns hierüber nur dürftigen Aufschluß und bestätigen im wesentlichen nur die Erfahrungen der anfangs erwähnten Kenner der mongoloiden Idiotie. Da diese Schwachsinnsart im Zeitalter der Rassenhygiene wieder mehr an Bedeutung gewonnen hat, war für uns der Anlaß gegeben, hierüber Nachprüfungen an der Würzburger Universitäts-Frauenklinik durchzuführen. Findet auch eine natürliche Auslese infolge der hohen Sterblichkeit dieser Kinder statt, so bringt doch ihr Vorhandensein große soziale Lasten mit sich, da meist Unterbringung in einer Anstalt erforderlich ist. Weiterhin bereitet ein solches Kind der betroffenen Familie bei Pflege und Erziehung sehr viel Sorge. Die Eltern suchen dann weiteren Kindersegen zu verhindern in der falschen Annahme, daß diesem Kind weitere gleichgeartete folgen könnten. Eine nachteilige Wirkung auf den Bevölkerungszuwachs muß dann die Folge sein. Es erwächst hieraus dem Geburtshelfer die besondere Aufgabe, diesen Eltern die nötige Aufklärung zuteil werden zu lassen, da er ja der erste ist, der diese Erkrankung am Neugeborenen erkennen kann.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. C. J. Gauß für Überlassung des Themas, Übernahme des Referates sowie für seine freundliche Unterstützung ergebenst zu danken.

Schrifttum.

Feer: Diagnostik der Kinderkrankheiten 1921. S. 15, 86, 268.
— Lehrbuch der Kinderkrankheiten 1930. S. 170.
Flaskamp: Über Röntgenschäden und Schäden durch radioaktive Substanzen. Berlin 1930. S. 209, 242.
Gummert: Archiv für Gynäkologie 1925. 607—608.
Heim: Mongoloides Kind nach Radiumbestrahlung eines Uteruscarcinoms. Zentralbl. f. Gynäkologie Nr. 34. 1937.
Kassowitz: Praktische Kinderheilkunde. 1910. S. 335. Julius Springer-Berlin.
Lange: Beiträge zur pathol. Anatomie des Mongolismus. Monatsschr. f. Kinderheilkde, 1906, S. 233.
Orel, Herbert: Zur Ätiologie des Mongolismus. Zeitschr. f. Kinderheilkunde 1926, Bd. 42, S. 440.
— Mongolismus bei Zwillingskindern. Zeitschr. f. Kinderheilkde. 1931, Bd. 51, S. 31.
— Zur Klinik der mongoloiden Idiotie. Zeitschr. f. Kinderheilkde. 1927. Bd. 44, S. 449.
Penrose, L. S.: Die relativen Wirkungen des väterlichen und mütterlichen Alters bei Mongolismus. Ber. über die ges. Geburtshilfe u. Gynäkologie 1934, Bd. 25, S. 628.
Reifferscheid: Zur Klinik des Mongolismus. Vortrag, gehalten auf dem Gynäkol. Kongreß in Berlin. 20.—25. Okt. 1937.
Shattuck, R. H.: Mongolismus bei einem Zwilling. Berichte über die gesamte Geburtshilfe und Gynäkologie. 1929. Bd. 16, S. 710.
van der Scheer: Beiträge zur Kenntnis mongoloider Mißbildungen. Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie u. ihren Grenzgebieten. 1927, Heft 41, S. 31—162.
Scholz: Anormale Kinder: S. Karger-Berlin. 1919. S. 49.
Siegert: Der Mongolismus. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. 1910. S. 565.
Seynsche: Keimdrüsenbestrahlung und Nachkommenschaft. Strahlentherapie, Bd. 21. 1926.
Vaglio, R.: Insuffizienz von Drüsen mit innerer Sekretion und hereditäre Lues. Berichte über die ges. Geburtshilfe u. Gynäkologie. 1915. S. 267.
Weygand: Über mongolische Degeneration. Medizinische Klinik, 1927. Bd. 20, S. 747.
Zappert: Ges. der Ärzte. Wiener klin. Wochenschr. 1925. S. 12.
Ziehen: Geisteskrankheiten des Kindesalters. Reuther u. Richard. Berlin 1917. S. 133.

Lebenslauf.

Am 26. Juli 1910 wurde ich, Albin V o g t, in Weisendorf (Ofr.) als Sohn des damaligen v. Guttenberg'schen Försters Josef Vogt und seiner Ehefrau Karoline geboren. Von 1917—1922 besuchte ich die Volksschule in Langenprozelten und trat dann in das humanistische Gymnasium in Lohr a. M. über, wo ich Ostern 1930 die Reifeprüfung ablegte. Im Sommer-Semester 1930 begann ich das Studium der Medizin an der Universität Würzburg, legte hier im S.S. 1932 die ärztliche Prüfung ab. Als Medizinalpraktikant betätigte ich mich 3 Monate am Pathol. Institut der Universität Würzburg und an der Mediz. Abteilung des Juliusspitals in Würzburg. Seit meiner Approbation im Januar 1937 war ich als Volontär-Arzt am Juliusspital Würzburg und an der Universitäts-Frauenklinik beschäftigt.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich die Arbeit selbständig verfaßt und außer den angeführten Schriften keinerlei weitere Hilfsmittel dazu benutzt habe.

V o g t Albin.